Lane Medical Library

Eine retrorectale Dermoidcyste

als Geburtshinderniss.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 19. März 1887

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Miecislaus von Biernacki

aus Giżyce (Polen).

OPPONENTEN:

Edmund Szablewski, Cand. med.
Theodor Kubacki, Cand. med.
Wladislaus Jordan, Cand. med.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Seinem Bruder Bronislaus

nebst seiner

Schwägerin Helene

in brüderlicher Liebe

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Dermoidcysten gehören nach Waldeyer's Eintheilung (Archiv für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. I) zu derjenigen Abart der parenchymatösen Epithelialgeschwülste, die er als Kystome zusammenfasst. Diese gehen in den Ovarien aus schlauchförmigen Epithelmassen hervor, welche die Vorläufer der Graaf'schen Follikel sind. Entweder beginnt nun die Umformung dieser Epithelialmassen in Kystome im Fötalleben und in der ersten Kindheit, wo die Pflüger'schen Schläuche noch in Menge vorhanden sind, oder es tritt auch im späteren Leben noch eine Eischlauchbildung ein, was von Pflüger, Spiegelberg und anderen auch unter normalen Verhältnissen beobachtet worden ist.

Die drüsigen Epithelzapfen, die von den Wandungen der primären Hohlräume ausgehen, werden in der Folge abgeschnürt und stellen dann die secundären Cysten dar. Das Secret des epithelialen Bezuges der Cysten bildet den colloiden Inhalt der Kystome, welcher allmählich die Cysten erweitert und zur Ruptur ihrer Wandungen bringt. So entsteht aus der Unzahl von primären und secundären Cysten nach einem gewissen Zeitraume ein uniloculäres Kystom.

In den Myxoidkystomen sind nun die Cysten von Epithel bedeckt, welches als Fortsetzung des Keimepithels diesem auch gleichwerthig erscheint. Es kann aber nach Waldeyer's Ansicht das Epithel der Ovarien auch anders geartete Zellen hervorbringen. Denn wenn unter physiologischen Verhältnissen das Keimepithel sich zu einer Eizelle differenciren kann, so liegt es nahe, die Umformung in Epidermis als vom Keimepithel ausgehend zu betrachten. Um aber die Knochenbildung in den Dermoidcysten zu erklären, musste Waldeyer eine Partheno-

genesis des Keimepithels annehmen, welches zwar vorzugsweise die Gebilde des ersten Keimblattes (Haut, Haare, Zähne), aber auch die der anderen (Knochen, Muskeln) hervorbringen kann.

Nach dieser Theorie würden die Ovarialdermoide eine ganz besondere Stellung einnehmen, da man ja unmöglich die Parthenogenesis auch für andere Dermoide als Entwickelungsmoment in Anspruch nehmen kann. Vielmehr ist die Lehre Heschl's, dass die Hautdermoide aus einer embryonalen Einstülpung der Haut entstehen, noch nie angezweifelt worden. Daher stellte auch His die Hypothese auf, wonach, da die Ovarien aus dem Axenstrang entstehen und in demselben die Unterscheidung in Keimblätter unmöglich wäre, es doch vorkommen kann, dass Theile sich in das Ovarium verirren, die dem Epiblasten, Medullarrohr oder Mesoblasten entsprechen.

Für die Gynäkologie wie für die Geburtshilfe ist es nun von hervorragender Bedeutung, nach welcher Richtung die Myxoid- oder die Dermoidkystome wachsen. Das Wachsthum findet wie auch bei anderen Tumoren stets in der Richtung des geringsten Widerstandes statt, der Weg, den das Kystom aber einschlägt, muss aber ein ganz verschiedener werden, je nach dem Sitze des Ausgangspunktes. Normal liegt das Ovarium ausserhalb der beiden Platten des Ligamentum latum, indem eine Falte des hinteren Blattes, das Mesoovarium, den Hilus ovarii einschliesst, mithin müssten die vom normalliegenden Ovarium ausgehenden Kystome ins grosse Becken hinaufsteigen.

Wie erklären wir uns aber, dass so viele Kystome nicht nur in das Ligamentum latum, sondern auch tief in's Beckenzellgewebe hineindringen, ja sogar hinter dem Rectum gefunden werden? Zunächst werden alle interligamentär entstandenen Tumoren nach dem Gesetze des kleinsten Widerstandes auch interligamentär wachsen müssen. Die hier etwa in Betracht kommenden Ausgangspunkte würden die folgenden sein:

1. das Paroophoron,
2. das Epoophoron,
3. die embryonalen Reste des Wolff'schen Ganges.

Freund glaubt nun nach seinen Untersuchungen an normalen Ovarien gefunden zu haben, dass bei sehr vielen Frauen dieselben primär interligamentär entwickelt wären. In diesem Falle könnte der kleinste Widerstand für die Entwickelung von Geschwülsten der Ovarien sehr wohl in dem Raum zwischen den Blättern der Ligamenta lata geboten werden.

Aber die Möglichkeit, dass sich Geschwülste in dieser Richtung entwickeln, wird auch bei extra-ligamentärer Lage gegeben, wenn das Kystom nur seinen Ausgangspunkt vom Hilus ovarii nimmt.

Wenn nun einmal das Kystom zwischen die Blätter der Ligamenta lata hineingewachsen ist, kann es bei weiterem Wachsthum folgende Wege einschlagen:

1. in die Bauchhöhle hinein, indem die Blätter des breiten Mutterbandes entfaltet und gehoben werden;
2. in den perivaginalen Raum;
3. nach rechts unter das Coecum;
4. nach vorn bis an die Bauchdecken, indem das Peritoneum von der Blase abgehoben wird;
5. nach links in das periproctale Bindegewebe und zwar in das Mesenterium der Flexura sigmoidea, deren beide Peritonealblätter entfaltet werden, so dass der Dickdarmtheil des S romanum ohne Mesenterium direct auf der Cyste zu liegen kommt. —

Wenn wir nun nach der Aetiologie einer hinter dem Rectum gelegenen Dermoidcyste suchen, so liegt ganz gut die Möglichkeit vor, dass dieselbe ursprünglich nach der Hypothese von Waldeyer oder nach der von His im Ovarium oder dessen Anhangsgebilden entstanden, später aber auf dem oben erwähnten Wege hinter das Rectum gelangt ist. Zwar liegen auch noch andere Möglichkeiten vor, ich möchte aber, zumal da man noch zu keinem entscheidenden Resultate gekommen ist, die ovarielle Natur der retrorectalen Dermoidcyste um so mehr annehmen, als noch nie eine retrorectale Dermoidcyste im Zusammenhang mit anderen etwa hier in Betracht kommenden Organen gesehen worden ist. Ich werde übrigens am Schlusse der Arbeit die verschiedenen darüber aufgestellten Theorien zusammenstellen.

Ein je geringeres pathologisch-anatomisches Interesse bei mangelndem Sectionsbefunde ein auf der Klinik von Hrn. Prof. Gusserow beobachteter Fall beanspruchen darf, ein desto grösseres bietet er für die Geburtshilfe. Ich will daher eine genaue Beschreibung dieses Falles um so mehr hier folgen lassen, als nicht nur der aussergewöhnliche Sitz, sondern auch die auf richtiger Diagnose basirende Therapie manches Charakteristische haben dürfte. —

Am 25. April 1886 wurde die unverheirathete 28 jährige Köchin Auguste Gross aus Berlin von einem sie behandelnden Arzte in die Charité geschickt. Die Anamnese ergab folgendes: Die Menstruation ist in ihrem 14. Lebensjahre eingetreten, war stets regelmässig, dauerte 5—7 Tage ohne jegliche Schmerzen. Zuletzt hat sie am 18—24 Juli 1885 menstruirt. Geburten oder Aborte hat sie bis dahin nicht durchgemacht. Sie will stets gesund gewesen sein, auch nie an Fluor albus gelitten haben. Eine Geschwulst im Abdomen hat sie nie bemerkt, auch hatte sie keine Beschwerden, die etwa davon herzuleiten wären.

Die am 25. April $7^3/_4$ Uhr Morgens vorgenommene Untersuchung ergab:

Patientin ist eine mittelgrosse ziemlich kräftig gebaute Person von gesundem Aussehen.

a) Aeussere Untersuchung:

Abdomen mässig vergrössert, kein Hängebauch, Linea alba pigmentirt, Striae. Die Bauchdecken mässig stark gespannt fühlen sich gleichmässig hart an. Der Uterus ist vergrössert und etwas nach rechts verlagert, reicht mit dem Fundus bis fast 3 Finger breit unter den Processus xiphoideus. Rechts ist ein grosser Theil, links kleine Theile zu fühlen. Links von der Linea alba sind unter dem Nabel die kindlichen Herztöne zu hören, ihre Frequenz beträgt ungefähr 140 in der Minute. Die Brüste sind gespannt, auf Druck entleert sich Colostrum. Die Beckenmasse betragen Sp. I. 25. Cr. I. 27. Cj. ext. 20,5.

b) Innere Untersuchung.

Die Portio vaginalis ist verstrichen, der Muttermund als scharfer Saum fühlbar. Es liegt der Kopf vor mit nach rechts vorn gerichteter kleiner Fontanelle. An der hinteren Scheidewand ist eine prall elastische Geschwulst wahrnehmbar.

Geburtsgeschichte. Als die Kreissende in die Charité gebracht wurde, war schon die Blase gesprungen und der Kopf in zweiter Schädellage in's Becken eingetreten. Da trotz der sehr starken Wehen der Kopf nicht vordrang, so wurde die Resistenz an der hinteren Scheidewand näher geprüft. Es zeigte sich bei der Untersuchung per vaginam, dass man hinter der hinteren Scheidewand eine prall elastische, 4 Finger breite, nicht verschiebbare Geschwulst fühlte, deren oberes Ende aber nicht zu erreichen war. Die Rectaluntersuchung ergab, dass die Geschwulst zwischen Kreuzbein und hinterer Rectumwand gelegen ist, ihr unteres Ende bis circa 4 cm oberhalb der Analöffnung herabreicht, dass sie beiderseits ziemlich scharf begrenzt ist, und auch von hier aus ihre obere Begrenzung nicht zu palpiren ist. Quer über die Geschwulst hinüberziehend fühlt man eine geringe Abschnürung, wie von einem mässig straffen Bande herrührend. Der Kopf wird anscheinend von der Geschwulst am Tiefertreten verhindert. Eine Probepunction vom Rectum aus (in der Narkose) ergiebt einen trüben, weisslich grauen, eiterähnlichen Inhalt. Bei der Punction mit einem Troicart ebenfalls per rectum entleert sich circa $^3/_4$ Liter colloider, trüber Flüssigkeit. Die Höhle wird mit Salicylsäurelösung ausgespült. An der Troicartcanüle haften beim Herausziehen schmierige Massen mit Haaren. Nach der Punction ist der Kopf um ein Geringes tiefer getreten. Obgleich eigentlich noch keine stricte Indication für Entbindung vorlag, so wurde doch jetzt ein vorsichtiger Versuch gemacht das Kind mit der Zange zu extrahiren, denn nachdem hier durch Eröffnung des Tumors eine Communication mit dessen Innerem gesetzt und die Möglichkeit gegeben war, dass Theile seines Inhalts leicht in die Geburtstheile gelangen

könnten, so erschien es mindestens günstiger die Geburt doch, wenn ohne Schaden für beide Theile möglich, recht bald zu beenden. Die Zangenexstirpation scheiterte an der absoluten Unbeweglichkeit des Kopfes, und so wurde zunächst von weiteren Eingriffen abgesehen. Nach 3 Stunden wurden aber die Wehen sehr stürmisch, fast ohne Pause aufeinanderfolgend; das untere Uterinsegment wurde schmerzhaft, ein deutlicher Contractionsring zeigte sich in der Höhe des Nabels, die Vulva und der Scheideneingang waren blut- bis blauroth gefärbt und ödematös, die kindlichen Herztöne konnte man nicht mehr hören. Es wurde nach einer Morphiuminjection die Narkose eingeleitet, und ein zweiter, aber ebenso vergeblicher Versuch der Zangenextraction gemacht, wobei ein absolutes Feststehen des Kopfes constatirt wurde. Hierauf schritt man zur Perforation mit dem scheerenförmigen Perforatorium. Die schliessliche Extraction mit dem Kranioclasten wurde zwar durch einen asphyctischen Anfall der Kreissenden unterbrochen, verlief aber, nachdem der letztere durch Galvanisation der Nervi phrenici schnell beseitigt war, ohne weitere grössere Schwierigkeiten. Es traten jedoch 2 Dammrisse auf, die mit Catgut genäht und vereinigt wurden. Das Kind war 52 cm lang, 3720 g schwer, von männlichem Geschlecht. Die Placenta wurde vermittelst des Credé'schen Handgriffes 15 Minuten nach der Extraction entfernt; sie war vollständig, ebenso die Eihäute, die Nabelschnur war 48 cm lang.

Das Wochenbett hat sich durch Vereiterung der punctirten Cyste sehr in die Länge gezogen, die Patientin konnte erst nach 59 Tagen als geheilt entlassen werden.

Die ersten 9 Tage verlief das Wochenbett ganz normal; die gemessene Temperatur überschritt nur einmal 38° und zwar am Abend des 3. Wochenbetttages (38,3° C.), die Pulszahl überschritt auch nur einmal 90 am 5. Wochenbetttage, wo sie 92 betrug. Das Allgemeinbefinden war während dieser ganzen Zeit ein gutes. Der Uterus lag nach der Geburt in der rechten Fossa iliaca und stand in der Nabelhöhe. Die ersten 2 Tage

war er sehr empfindlich, jedoch liess der Schmerz schon am 3. Tage bedeutend nach. Am 6. stand er 2, am 7. Wochenbetttage 3 Finger breit unter dem Nabel. Die äusseren Geschlechtstheile waren an den ersten Tagen blauroth gefärbt, prall, ödematös. Am 7. Tage war das Oedem zurückgegangen, auch hatten sich die während der Geburt mit Catgut vereinigten Dammrisse geschlossen. Die Lochien waren bis zum 6. Tage blutig, von da ab blutig-eitrig, später schleimig-eitrig. Die Brüste waren am 5. Wochenbetttage indurirt, mässig schmerzhaft, aber schon am folgenden Tage verlor sich der Schmerz gänzlich. Die Therapie während dieser Tage bestand ausser der Dammrissnaht während der Geburt nur in der Application einer Eisblase auf das Abdomen, welche am 2. Wochenbetttage wegen der grossen Empfindlichkeit des Uterus aufgelegt wurde.

Am 10. Wochenbetttage stieg die Temperatur auf 39,3°, die Pulsfrequenz auf 100; es wurde daher eine genaue Untersuchung vorgenommen. Per rectum konnte man nur mit Schwierigkeit das untere Ende der Cyste erreichen, die anscheinend seit der Geburt viel kleiner geworden war. Es wurden Ausspülungen 4 mal täglich vorgenommen. Während nun das Allgemeinbefinden gut blieb, bestand vom 10.—20. Krankheitstage ein remittirendes Fieber, bei welchem die Morgentemperaturen fast constant unter 38° standen, die Abendtemperaturen 39° und mehr erreichten. So beobachtete man am 16. Krankheitstage 39,7°, am 19. 39,6°. Der Puls entsprach im Allgemeinen der Temperaturerhöhung, er erreichte an dem Tage der höchsten Temperatur auch die Höhe von 112, sonst hielt er sich zwischen 90 und 110.

Am 13. Wochenbetttage schwoll das rechte Labium mässig an, es wurde roth und auf Druck empfindlich. Man wandte dagegen Eissublimat-Compressen an.

Diese wurden auch am 14. Krankheitstage fortgesetzt, ein Vollbad verordnet und Scheidenausspülungen vorgenommen.

Am 15. Krankheitstage wurde die geröthete Stelle incidirt und ein fäculent riechender Eiter entleert. Die

Wunde wurde mit Salicylsäure ausgespült. Ausserdem fuhr man mit den Ausspülungen fort, auch nahm die Patientin 3 Sitzbäder.

Am 16. Tage bemerkte man, dass das rechte Labium hart war und aus der Incisionswunde sich kein Eiter mehr entleerte. Dagegen floss aus einer im Scheideneingang nahe dem Frenulum gelegenen Oeffnung spontan und auf Druck eine reichliche Menge von gelbem, fäculent riechendem Eiter. Die hintere Scheidenwand war emporgewölbt. Die Sitzbäder wurden weiter fortgesetzt.

Am 17. Tage blieb der Zustand unverändert.

Am 18. Tage wurden an der hinteren rechten Wand 2 Fistelöffnungen entdeckt, in welche die Sonde nur oberflächlich hineinging. Sie wurden durch einen Schnitt mit einander verbunden. Ausserdem beobachtete man, dass die Schleimhaut der Scheide mit einem zusammenhängenden eitrigen Belage bedeckt war.

Am 19. Tage entleerte sich spontan kein Secret mehr, nur auf Druck des Uterus kommt fäculent riechender Eiter zum Vorschein. Es wurde in der Narkose der Versuch gemacht durch Incision und weiterhin stumpfes Ablösen der hinteren Scheidenwand vom Rectum auf den Eiterheerd zu kommen. Da dies misslang, so punctirte man, ohne anscheinend die Cyste entleert zu haben. Die Wunde wurde mit Krüllgaze ausgestopft, ausserdem Jodoformbacillen angewandt.

Totzdem nun der Zweck der Operation, einen Weg für den freien Abfluss des Eiters zu schaffen, nicht vollständig erreicht war, war dennoch Temperatur und Pulsfrequenz gefallen. Jedoch blieben sie nicht gleichmässig; denn während die Abendtemperaturen bald unter 38° ausfielen, hielt sich der Puls fast continuirlich über 100, er erreichte sogar am 31. Tage 120. Inzwischen war am Tage nach der Operation (am 20. Krankheitstage) etwas Eiter entleert worden. Noch mehr entleerte sich am 22. (ungefähr 100—150 ccm); er war jetzt dünnflüssig, braunrot und viel weniger fäculent. Am 24. Tage kam noch aus der durch Incision erweiterten Fistelöffnung an der rechten Scheidenwand etwas Eiter hervor, am 25. nicht mehr.

Man konnte nun um so mehr die Hoffnung auf baldige Genesung hegen, als auch der Puls immer weniger frequent wurde, so dass er vom 34. Tage constant unter 100 sich bewegte. Der Eiter erschien jedoch wieder am 38. Krankheitstage, an welchem sich ungefähr $1^1/_2$ Esslöffel dicken, fäculent riechenden Eiters entleert hatten. Da dies die folgenden Tage fortdauerte und am 44. und 45. Krankheitstage die Patientin über Schmerzen am After klagte, so wurde am 45. Tage eine neue Untersuchung vorgenommen. Es wurde constatirt, dass durch Druck auf die Bauchdecken sowohl aus dem Rectum, als besonders aus der Vagina viel Eiter sich entleerte. Per rectum fühlte man einen Tumor, der das Rectum und hintere Scheidenwand nach vorn vorstülpte.

Am 47. Tage wurde vom Rectum aus incidirt, es kam ein starker Strahl dünnflüssiger, fäculent riechender Flüssigkeit, welche theils eiterähnlich aussah, theils grünlich-gelbliche Colloidmassen enthielt, in welchen sich gelblich-grüne schmierige Massen mit Haaren durchsetzt vorfanden. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Haare, stark lichtbrechende Epithelien und grünlich-gelblich pigmentirte, tief dunkle Kugeln. Nach der Incision fielen die Wandungen nicht zusammen, die Wand wurde mit Salicylsäure ausgespült und ein Drain eingeführt. Am 2. Tage fiel das Drainrohr heraus und wurde seitdem nicht mehr gebraucht. Die Kranke stand dann am 50. Tage auf. Die Temperatur und der Puls waren normal, der Eiterausfluss hörte nach wenigen Tagen auf, so dass die Patientin am 59. Tage entlassen werden konnte. Die Schlussuntersuchung ergab Folgendes: der Fundus uteri 3 Finger breit über der Symphyse, Uterus mässig erweitert, in toto hochstehend, Portio per vaginam jetzt leicht erreichbar, im rechten Scheidengewölbe an die Portio anschliessend ein narbiger Strang. Aus dem Uteruscavum entleert sich eine geringe Menge schleimig serösen Secretes. Die hintere Vaginalwand ist mässig stark nach oben und vorn vorgewölbt, so dass der Anfangstheil zwischen den mächtig klaffenden Labien in einer Länge von ca. 3 cm sichtbar bleibt. Per rectum fühlt man die mässig stark vorgewölbte Cystenwand

und die Incisionsstelle, letztere anscheinend geschlossen und etwas nach Innen eingezogen. Cysteninhalt entleert sich weder spontan, noch auf Druck. Subjectives Wohlbefinden.

Nach einem Zeitraum von fast 2 Monaten hat die Patientin wegen einer schmerzhaften Anschwellung an den rechten Nates die Charité wieder aufgesucht. Man fand die rechten Nates infiltrirt. Vom Rectum aus fühlte man hinter demselben einen etwa pflaumengrossen, weichen, elastischen Tumor. Am Introitus vaginae befand sich eine Fistelöffnung, die nach innen führte. Am 13. 8. 86 wurde in der Chloroformnarkose eine Incision in das infiltrirte Gewebe der rechten Nates gemacht, ohne dass man auf einen Abscess oder Tumor kam. Die Wunde wurde mit Jodoform und Watte verbunden, letztere mit einer T-Binde befestigt. Patientin erhielt dann täglich ein Sitzbad und wurde täglich verbunden. Ende August war die Infiltration geschwunden, die Wunde granulirte und hatte sich völlig geschlossen. Bei der Entlassung empfand die Patientin keinerlei Beschwerden, ihr Allgemeinbefinden war gut.

Bei der Besprechung des vorliegenden Falles möchte ich in Kürze alle im Becken vorkommenden Tumoren erwähnen, die die Gebärmutter oder die Scheide von aussen comprimiren und hierdurch ein Geburtshinderniss verursachen. Ich möchte dies um so eher thun, als dieselben manches für die Therapie Gemeinsame haben, und weil auch nicht so selten eine richtige Diagnose erst nach der Geburt aufgestellt werden kann.

Unter den pathologischen Neubildungen, welche als Geburtshinderniss auftreten, sind zunächst die von der Gebärmutter selbst ausgehenden Tumoren zu berücksichtigen. Meinem Plane gemäss bespreche ich hier nur die von aussen comprimirenden Geschwülste, lasse also z. B. die Carcinome ganz unberücksichtigt. Es würden dann praktisch fast ausschliesslich die Fibro-Myome zu erwähnen sein. Diese Geschwülste nehmen die Aufmerksamkeit und Thätigkeit des Geburtshelfers vornehmlich dann in Anspruch, wenn sie eine bedeutende Grösse erreicht haben und dabei entweder durch ihre Ent-

wickelung im unteren Gebärmuttertheil, oder durch das Herabtreten von einer höher oben gelegenen Entwickelungsstelle von der hinteren Wand, der Seitenwand oder gar dem Fundus der Gebärmutter in's kleine Becken und durch Einklemmung in demselben zu einem geburtshilflichen Missverhältniss und dadurch zu Geburtsstörungen Veranlassung geben. Was ihr Verhalten während der Schwangerschaft betrifft, so hat man beobachtet, dass sie schneller wachsen und dabei so erweichen können, dass sie bei der Untersuchung ein undeutliches Fluctuationsgefühl darbieten.

Der früher so sehr betonte Zusammenhang zwischen den Uterusmyomen und Abortus ist wenigstens in solchem Grade nicht aus der Statistik von Toloczinow (Wiener med. Presse 1869) zu ersehen. Darnach kamen auf 119 mit Uterusmyomen complicirte Schwangerschaften 21 Aborte und Frühgeburten vor. Interessant ist dagegen, dass bei 48 mit Myomen complicirten Geburten, bei welchen die Kindeslage angegeben war, sich 25 Kopflagen, 13 Beckenendlagen, 10 Querlagen vorfanden, ein Befund, welcher im schroffen Gegensatz zur normalen Häufigkeit der Kindeslagen zu stehen scheint. Von entschiedener Bedeutung auf die Kindeslage ist ohne Zweifel der Sitz der Geschwülste an der Gebärmutter. So bewirken die kleinen Myome, ferner die am Halstheil des Uterus sitzenden im Allgemeinen keine Veränderung der Kindeslage. Bei Beckenendlagen wurden gewöhnlich schon grössere Myome von Faustgrösse und darüber gefunden, die meist gestielt sich in das Becken vom Uteruskörper aus hineinsenkten. Die grössten Tumoren, die ebenfalls vom Corpus uteri und auch vom Fundus ausgingen, brachten Querlagen zu Wege. — Das Myom braucht, um ein Geburtshinderniss abzugeben, nicht gerade gross zu sein, denn es sind Fälle bekannt, wo Myome von der Grösse eines Hühnereies die Veranlassung zu schweren geburtshilflichen Operationen, ja zur Embryotomie gegeben haben. Indessen braucht dies nicht immer der Fall zu sein, wie folgende Zusammenstellung von Toloczinow beweist: Von den 98 von ihm beobachteten mit Myomen complicirten Geburten verliefen 30 ganz normal, bei 21 war

die Geburt schwer, erfolgte jedoch ohne Kunsthilfe, 39 wurden operativ behandelt, 8 Schwangere starben vor der Geburt und zwar 5 an Uterusruptur, 3 an Erschöpfung.

Was die Therapie bei den mit Myomen complicirten Geburten anbetrifft, so müssen wir die Thatsache wiederholen, dass die Myome während der Schwangerschaft öfters weich werden, da sich hieraus die Fälle erklären, wo trotz eines im kleinen Becken liegenden nicht reponirten Tumors die Geburt doch spontan erfolgte. Dies geschieht um so leichter, je kleiner die Frucht ist, natürlich am leichtesten bei nicht vollständig ausgetragenen und macerirten Kindern. In 2 von Martin beschriebenen Fällen von mit Uterusmyom complicirten Geburten erfolgte aber die spontane Geburt erst, nachdem die kleine Fontanelle und die Ossa parietalia gesprungen und das Gehirn ausgeflossen war. In manchen Fällen steigen die Myome während der Geburt in die Höhe empor, theils indem der am Ei sich allmählich nach oben zurückziehende Uterus sie heranzieht, theils in Folge einer Hebelwirkung verursacht durch den Druck des vorliegenden Kindestheils. Solcher Fälle finden wir bei Gusserow (Die Neubildungen des Uterus, Frauenkrankheiten Bd. IV S. 197) 6 verzeichnet, wozu der Fall von Löhlein noch als der 7. hinzukommt. —

Indem wir von der Erwägung ausgehen, dass nur das räumliche Missverhältniss im kleinen Becken das Geburtshinderniss abgiebt, werden wir es auf jede Weise zu entfernen suchen. Am einfachsten und, wenn es möglich ist, für die Mutter am ungefährlichsten ist entschieden die Reposition. Diese ist wiederholentlich auch dann gelungen, wenn der Tumor zuerst immobil erschien. Wir finden bei Gusserow und Lafour 22 solcher Fälle gesammelt, von denen 5 mit dem Tode der Frauen endeten. Die Reposition ist also bei allen Fällen zu versuchen, und erst dann, wenn sie nicht möglich, der Grad der Verengerung der Geburtswege aber nicht zu gross ist, Peforation oder Embryotomie anzuwenden. Es bleiben aber noch Fälle übrig, in welchen auch dieses zuletzt genannte Verfahren wegen der absoluten Ver-

engerung geradezu unausführbar ist; alsdann ist meistens eine Indication für den Kaiserschnitt gegeben. Die Statistik der Sectio caesarea bei den mit Uterusmyomen complicirten Geburten ergiebt trübe Erfahrungen; denn nach Sänger (Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen Leipzig 1882) sind von 43 Müttern nur 7 gerettet worden, die Mortalität betrug also 83,7%, von den Kindern wurden 55,2% lebend geboren. Sänger tritt nun, was die specielle Art der Operation anbetrifft, mit grossem Eifer für den alten, klassischen Kaiserschnitt ein, indem er betont, dass von den seit 1876 operirten Fällen (5 vermittelst Sectio caesarea, 3 nach Porro) nur die erste Methode und zwar 4 Heilungen (80%) zu verzeichnen hätte. Es muss der weiteren Erfahrung überlassen werden, die Frage „Sectio caesarea oder Porro" zu beantworten. —

Es könnte noch ein anderes Verfahren der Entfernung des Geburtshindernisses in Betracht kommen, wobei wir gar nicht den Uterus verletzen, nämlich die Kolpo-Myomotomie. Heck hat die hintere Scheidenwand während der Geburt eingeschnitten und ein $^1/_2$ kg wiegendes Myom mit glücklichem Erfolg für die Mutter entfernt. Ebenso soll Stansbury, Lutton, von Derveer, Wallace gehandelt haben. Die in Myome verwandelten Muttermundslippen haben während der Geburt Charrier, Danyan, Braxton, Hicks, Wallace und andere entfernt.

Alle Mütter, bei welchen man sich bei absoluter Verengerung der Geburtswege passiv verhielt, endeten letal.

Von den Geschwülsten, die mit der Gebärmutter nicht direct zusammenhängen, sind entschieden für den Geburtsact die Ovarialtumoren am wichtigsten. Meist sind es Myxoid- oder Dermoidkystome, seltener Fibrome oder Carcinome. Ebenso wie die Uterusmyome wachsen auch die Ovarialtumoren viel schneller während der Schwangerschaft. Indem sie nun gegen die Wand des Uterus drücken, vermögen auch sie Abortus oder Frühgeburt zu verursachen. In den von Jetter gesammelten Fällen erfolgte auf 215 beobachtete mit Ovarialtumoren complicirte Geburten 21mal Abortus und 15mal Früh-

geburt, so dass, während bei den Uterusmyomen 1 Abortus oder Frühgeburt auf 5,66 Geburten kommt, das Verhältniss bei den Ovarialtumoren ungefähr auf 1 : 6 steigt. Die Geburt erfolgt in einer gewissen Anzahl der Fälle spontan, so bei Jetter 80mal auf 215 Fälle, in anderen Fällen kommen aber Verhältnisse vor, die den Geburtshelfer zum Einschreiten zwingen, bei Jetter auf 215 Fälle 113mal. Denn für den Geburtsmechanismus sind nicht nur die kleinen Cysten gefährlich aus dem Grunde, weil sie sehr leicht in das kleine Becken hineinschlüpfen können, und die von vornherein sich da entwickelnden, sondern auch diejenigen grösseren, deren unteres Segment in Folge des Druckes der Gebärmutter von oben die Excavatio Douglasii ausfüllt, den Gebärmutterhals nach oben schiebt, durch sein Volumen den Geburtstractus versperrt und so oft ein Geburtshinderniss höchsten Grades abgiebt. Wenn aber keine adhäsive Entzündung voraufgegangen ist, so lassen sich die extraligamentären Ovarialtumoren vom kleinen in's grosse Becken im Allgemeinen leicht zurückschieben, da sie bei ihrem Epithelbezuge keine Neigung zu Verwachsungen besitzen.

Dagegen muss eine interligamentär entwickelte Cyste überhaupt nicht reponirbar sein. Während nun die zwischen Rectum und Vagina liegenden Cysten gewöhnlich von der Scheide aus zu erreichen sind und von da aus therapeutisch in Angriff genommen werden können, würde ein Vorgehen von der Scheide aus bei den retrorectalen Cysten stets eine doppelte Durchbohrung des Rectum's zur Folge haben. Da also die retrorectalen Cysten für die Therapie eine besondere Gruppe bilden dürften, so habe ich aus der mir zu Gebote stehenden Literatur 4 Fälle von retrorectalen Cysten gesammelt, welchen der oben beschriebene Fall als 5 ter sich anreiht.

Analog dem unsrigen Falle wurde zweimal die Cyste erst während der Geburt bemerkt, sie lieferte jedesmal ein Geburtshinderniss, eine genauere Diagnose über Ursprung und Inhalt wurde in keinem der beiden Fälle gestellt. Dagegen ist in der gynäkologischen Praxis 2 mal eine retrorectale Dermoidcyste beobachtet worden, welche zu grösseren Beschwerden Veranlassung gab.

1. Fall von Jackson (bei Puchelt). Eine Frau von 21 Jahren hat nach einer schweren Entbindung wieder concipirt. J. fand bei der inneren Untersuchung, dass die Kreuzbeinaushöhlung durch eine weiche Geschwulst ausgefüllt war, die in der Richtung der Scheide bis an die Symphysis ossium pubis heranreichte. Bei jeder Contraction des Uterus erschien in der hinteren Scheidenwand eine elastische Geschwulst, welche die Untersuchung durch die Scheide verhinderte. Bei der Rectaluntersuchung erschien der Tumor hinter dem Rectum gelegen, liess sich aber nicht zurückschieben. Nachdem nun die Wehen schwächer geworden waren, gelangte Jackson nicht ohne Mühe bis an den vorliegenden Fuss. „Er glaubte daher, dass der Tumor entweder entfernt oder entleert werden müsse. Nachdem dies geschehen war, wurde das Kind nach 2 Stunden todt geboren." Da aber der Tumor nach der Geburt die Harn- sowie Stuhlentleerung verhinderte, so wurde er nochmals incidirt und lieferte eine grosse Menge von gelblicher Flüssigkeit. Die Frau genas.

2. Fall. Moeller (3. Fall) Dissertation. Berlin 1869.

Am 7. Mai 1868 wurde der Verfasser zu einer 38 jährigen Erstgebärenden gerufen. Ein grosser Theil wurde deutlich rechts gefühlt, ebenda die kindlichen Herztöne gehört. Das Fruchtwasser war bereits abgeflossen, die kleine Fontanelle stand rechts vorn. Per rectum fühlte man zwischen diesem und dem Kreuzbein eine gänseeigrosse Geschwulst, auf welcher fast unmittelbar der Kopf stand. Dieser drängte die Geschwulst bei jeder Wehe hinab, wie man dies deutlich durch den in's Rectum eingeführten Finger fühlen konnte. Die Beckenmaasse betrugen Sp. Il. 25,0, Cr. Il. 28, Tr. 31,0, Cj. ext. 20,5.

Die Vergrösserung der Cj. ext war durch die Geschwulst mehr als compensiert, so dass die Cj. vera gewiss subnormal ausfiel. Der von dem poliklinischen Praktikanten Moeller zu Hilfe gerufene Dr. Fasbender legte in der Chloroformnarkose die Zange an. Die Extraction war schwierig, aber sie gelang; es wurde ein lebendes Mädchen zu Tage befördert. Das Wochenbett verlief

reactionslos; die Frau wurde dann in der gynäkologischen Poliklinik behandelt, eine genaue Diagnose über die Natur der retrorectalen Cyste wurde nicht gestellt.

3. Fall von Deahna (Archiv für Gynäkologie Bd. VII). Wegen heftiger ziehender Schmerzen im Unterleib hat die 18jährige seit dem 13. Jahre regelmässig menstruirende Patientin die Freiburger Klinik aufgesucht. Man fühlte von aussen links bis zur Mitte zwischen Symphysis ossium pubis und Nabel einen harten derben Körper, der sich nach unten nicht abgrenzen liess. Per vaginam gelangte man mit dem Finger bis wenig über die Symph. oss. pub., weiter nach auswärts war die hintere Vaginalwand nach vorn gedrängt, wodurch eine spaltförmige Verengerung der Scheide entstand. Per rectum konnte man auch nicht weiter vordringen, als bis in die Höhe der Symphyse, man fühlte aber deutlich die Geschwulst hinter dem Rectum gelegen, die obere Grenze liess sich nicht erreichen.

Eine sofort vorgenommene Probepunction, die mit einem feinen Troicart vom Rectum aus erfolgte, lieferte ca. 30 g einer dünnen, geruchlosen Flüssigkeit, in der eine Menge gelber und braungrüner krümeliger Massen enthalten war. Daher wurde die Diagnose: retrorectale Dermoidcyste gestellt. Die Reaction auf die Punction war eine sehr kleine. Nach einiger Zeit trat in Folge des Druckes der Geschwulst auf die Blase eine vollständige Anurie ein. Da die dagegen angewandte Katheterisation äusserst schmerzhaft war, so wollte man durch Entleerung der Cyste den auf der Blase lastenden Druck vermindern. Es wurden auch 220 ccm Flüssigkeit von fäculentem Geruch und einer sauren Reaction entleert. Unter dem Mikroskop fand man Epidermiszellen, braunes Pigment u. s. w. Die Beschwerden beim Urinlassen hörten zwar nach der Punction auf, die Besserung war aber nur von kurzer Dauer, denn bereits am folgenden Tage musste die Patientin wieder katheterisirt werden, die Temperatur stieg auf 40,3 und es traten heftige Schmerzen auf. Eine 16 Tage nach der Aufnahme vorgenommene Untersuchung ergab, dass die Cyste noch viel grösser geworden war, sie reichte jetzt bis zur Höhe

des Nabels, das Cavum ischio-rectale war vorgewölbt und zeigte eine deutliche Fluctuation. Dieses sowie der kleine Puls, das bedeutende Fieber, die Schmerzhaftigkeit konnte keinen Zweifel darüber lassen, dass eine Verjauchung der Cyste eingetreten war. Prof. Czerny trennte nun die Weichtheile zwischen Anus und Os sacrum, stach den derben Cystenbalg an, worauf sich unter Geräusch stinkende Gase und Flüssigkeit entleerten. Die hintere Rectumwand riss aber bei der Operation ein. Nachdem diese genäht, wurden 2 Drainröhren eingeführt und die Wunde mit Kali hypermanganicum ausgespült, worauf der Verschluss derselben erfolgte. Der Mastdarmriss heilte nicht per primam; ausserdem stiessen sich die Blasen- und Scheidenwand nekrotisch ab, so dass eine Blasen-Scheiden- und eine Scheiden-Cystenfistel entstand. Die Operation war von entscheidender Wirkung auf das Allgemeinbefinden. In der Folge überliess man die Cyste der Vereiterung und liess nach 3 Monaten von dem Aufnahmetag gerechnet die äussere Wunde zuheilen, da ja der Eiter durch die Cysten-Scheidenfistel einen genügenden Abfluss hatte. Trotzdem bildete sich nach einer gewissen Zeit noch eine Cysten-Mastdarmfistel. Nachdem später die Cysten von Prof. Czerny geschlossen wurden, wurde die Kranke nach fast einjährigem Aufenthalt in der Klinik als geheilt entlassen.

4. Fall von Birkett. Georgs Hospital Reports 3. Reihe 1859. Vol. 5.

Im Jahre 1857 kam eine 25 jährige Frau mit einer zwischen Rectum und Os sacrum liegenden Geschwulst, die etwa von der Grösse einer Wallnuss war, zu B. Er exstirpirte dieselbe und erkannte in ihr eine Dermoidcyste.

In den beiden ersten Fällen wurde übereinstimmend mit dem unsrigen gefunden, dass die Geschwulst unverschiebbar im kleinen Becken festsass. Es war also ein entschieden rationelles Verfahren, wenn man hierbei zunächst von der Reposition absah. Denn bei vorhandenen Adhäsionen, die nicht nur nach Entzündungen, sondern überhaupt bei Dermoidcysten zu bestehen pflegen,

kann dieselbe garnicht in Betracht kommen. Alle energischen in dieser Richtung vorgenommenen Versuche werden mit der Ruptur der Cyste in die Bauchhöhle hinein enden müssen. Zwar ist die spontane sowie nach Repositionsversuchen erfolgte Ruptur der Cyste häufig genug mit Ausgang in Genesung beobachtet worden, aber es überwiegt weitaus die Zahl der Todesfälle, welche regelmässig einzutreten scheinen, falls es eine Dermoidcyste war, die in die Bauchhöhle hineinbarst. (Baader, Schweiz. Corr.-Blatt, 1875.) Sonst ist wohl die Reposition bei allen mit Ovarialtumoren complicirten Geburten zunächst zu versuchen und zwar unmittelbar vor dem Blasensprunge in einer Wehenpause. Bevor wir die weitere Besprechung der einzelnen bei Ovarialtumoren angewandten Verfahren fortsetzen, möchten wir die hierauf bezüglichen statistischen Momente von Playfair und Jetter folgen lassen:

	Playfair				Jetter			
	Mütter		Kinder		Mütter		Kinder	
	leb.	todt	leb.	todt	leb.	todt	leb.	todt
Der Natur überlassen	7	6	5	5	—	—	—	—
Spontane Ruptur der Cyste	2	1	?	?	3	5	?	?
Uterusruptur	—	2	—	2	—	3	?	?
Reposition	5	—	3	1	20	3	13	5
Punction	9	—	6	3	11	5	4	11
Perforation	8	7	—	15	14	10	—	24
Zange	1	1	1	1	7	6	5	6
Wendung	1	4	1	4	7	8	1	11
Kaiserschnitt	—	1	—	1	—	3	1	2
Künstliche Frühgeburt	—	1	—	1	6	2	4	2
Unentbunden	—	—	—	—	—	3	—	—

Fischel (Prag. med. Wochenschrift 1882) bekämpft die Anwendung der Punction bei den mit Ovarialtumoren complicirten Geburten, indem er betont, dass erstens der Cysteninhalt in die Bauchhöhle, zweitens septische Stoffe von der Scheide aus in die Cystenhöhle gelangen können. Hierbei stützt er sich auf die ältere Statistik von Litzmann und Dumairon, wonach unter 7 Fällen

2 Todesfälle, 4 schwere und 1 normales Wochenbett erfolgten. Dabei hatte die Punction nicht einmal ausgereicht, sondern 4 mal wurde noch die Zange mit oder ohne Perforation des kindlichen Kopfes angewandt 2 mal Wendungen ausgeführt. Aber es mussten dies ganz verschleppte Fälle gewesen sein, denn die neuere Statistik von Playfair zeigt doch ganz andere Resultate, und die 5 Todesfälle bei Jetters erscheinen in anderem Licht, wenn man bedenkt, dass derselbe unter Punction auch die Fälle zusammenfasst, wo neben der Punction noch andere geburtshilfliche Manipulationen versucht wurden. Auch die theoretische Möglichkeit des Eindringens septischer Stoffe wird bei dem antiseptischen Verfahren, bei der Feinheit der Canüle und dem schnellen Verschluss der Stichöffnung, wohl nur selten in Wirklichkeit eintreten. Daher erfolgt bei einfachen Cysten sehr häufig fieberloses Wochenbett, wie es Lomer und andere beobachtet haben.

Dagegen scheint bei den Dermoidcysten die Punction in der That dieselben zur Vereiterung zu bringen. So starben die beiden von Merriman (Puchelt) vom Rectum aus punctirten Mütter, indem die Dermoidcysten vereiterten und ein hektisches Fieber verursachten. Glücklicher verlief der Fall von Wiart (Gazette médicale de Paris 1882), wo nach Punction vom Rectum aus zwar eine locale Peritonitis erfolgte, schliesslich jedoch die Dermoidcyste ins Rectum durchbrach, wobei die Membran mit vielem rothen Haar mit dem Stuhle abging. Aehnliche Fälle berichten Barnes (St. Georgs Hospital Reports 1874—1877), Ramsbotham, Litzmann und andere. Aber ist auch die Vereiterung stets eine Folge der Punction und des damit in Zusammenhang stehenden Eindringens septischer Stoffe? Diese Frage kann nicht ohne weiteres bejaht werden, denn die Betrachtung der Dermoidcysten von Lebert (Prager Vierteljahresschrift Bd. XV 1858) zeigt, dass eine Dermoidcyste in den seltensten Fällen unverändert bleibt, sondern dass gerade die im Abdomen befindlichen entweder zur Zeit des Eintritts der Geschlechtsreife oder während der Gravidität spontan in Vereiterung und Verjauchung übergehen können. Auf diese Verhältnisse hin muss auch der

Geburtshelfer bei einer mit Dermoidcyste complicirten Geburt ein Operationsverfahren wählen, welches, wenn nicht die vollständige Entfernung der Dermoidcysten, so doch die Verödung derselben bezweckt. Dieser Indication würde, wenn die Unmöglichkeit der Exstirpation der Cysten wegen ihres hohen Sitzes vorliegt, noch am meisten die Entleerung des Cysteninhalts entsprechen. Freilich kommt man gewöhnlich mit der einfachen Punction nicht aus, vielmehr muss die straffe und derbe Cyste durch eine breite Incision eröffnet werden, wenn der dickflüssige Inhalt vollständig ausfliessen soll. Eine Vereiterung der Cyste ist hierbei allerdings nicht zu vermeiden; aber es beweist unser Fall, der von Wiart, Deahna u. A., dass dies wenigstens ohne schwere Nachtheile für die Patientin geschehen kann.

Wenn wir noch bedenken, dass bei den Dermoidcysten eine forcirte Reposition, ebenso wie ein forcirter Zangenversuch die stets dann letal endende Cystenruptur zur Folge haben können, so werden wir von vorn herein auf diese Therapie verzichten müssen. Ebenso werden wir uns wohl schwerlich zur Perforation des Kindskopfes ohne Punction des Tumors entscheiden dürfen, um so mehr, als diese Art des Vorgehens bei den Ovarialtumoren eine entschieden ungünstigere Prognose für die Mutter darbietet. In Betreff der Aussichten, die die Zange, Wendung oder Perforation hätten geben können, verweisen wir übrigens auf die oben angeführten Zusammenstellungen von Playfair und Jetter, die uns wahrlich nicht dazu ermuthigen werden.

Was die speciellere Art der Ausführung der Punction anbetrifft, so wird im Allgemeinen das hintere Scheidengewölbe als der geeignetste Ort dafür erscheinen müssen wegen der günstigen Ausflussrichtung (wenn nämlich der Tumor wie so häufig in cavo Douglasii sich befindet). Wenn aber die Geschwulst die vordere Rectumwand stark nach unten vorwölbt, so kann die Incision vom Rectum aus viel günstigere Aussichten in Bezug auf die Ausflussrichtung geben; dieses Verhalten veranlasste Merriman in 2 Fällen, allerdings mit ungünstigem Erfolge die Incision der Dermoidcysten vom Rectum aus

zu machen; der aus demselben Grunde vom Rectum aus punctirte Fall von Wiart verlief aber glücklich. Zur Nothwendigkeit wird aber die Punction vom Rectum aus bei den retrorectalen Cysten, wenn sie nicht etwa, wie es im späteren Stadium des Deahna'schen Falles geschah, sich so stark nach unten gesenkt haben, dass sie durch einen Schnitt, der zwischen Anus und Os sacrum verläuft, zu erreichen sind. Ich glaube, dass auch in dem ungenau beschriebenen Jackson'schen Falle die Punction vom Rectum aus erfolgt ist. Sonst würde unser Fall als der einzige dastehen, wo man während der Geburt die Cyste als hinter dem Rectum gelegen erkannt und auch vom richtigen Orte aus punctirt hat.

Auch anscheinend solide Tumoren haben Litzmann und Chiari punctirt und Cysteninhalt erhalten, da durch Einklemmung im kleinen Becken selbst cystische Geschwülste solide Beschaffenheit vortäuschen können.

Dagegen kann bei wirklich festen irreponirbaren Tumoren nur zwischen Perforation oder Kaiserschnitt die Wahl vorliegen. Der letztere ist auch wirklich ausgeführt worden in dem Falle von Müller durch Nussbaum mit günstigem Erfolge für die Mutter. Jedoch wird man wohl bei den mit Ovarialtumoren complicirten Geburten nur ganz ausnahmsweise zur Sectio caesarea greifen dürfen.

Was die Gesammtmortalität bei den mit Ovarialtumoren complicirten Geburten anbetrifft, so ergab die Zusammenstellung von Litzmann recht trübe Resultate; denn es starben bei 56 mit Ovarialtumoren complicirten Geburten 24 Mütter und 49 Kinder. Diese Statistik enthält ausserdem nicht die mit Kaiserschnitt beendeten Geburten. Etwas günstiger lauten die Zahlen von Jetter, nach welchen unter 215 Geburten 64 Mütter und 53 Kinder starben; ausserdem war 21 mal Abortus eingetreten, so dass ganz sicher nur 81 Kinder lebten. Wenn wir damit nur die Fälle vergleichen, wo Reposition oder Punction vorgenommen war, so waren bei Jetter von 39 nur 8 Mütter gestorben, 17 Kinder lebend, 16 todt geboren (das Schicksal der 6 anderen ist nicht angegeben), bei Playfair endlich war auf 14 Geburten keine

Mutter gestorben und 9 Kinder lebend geboren. Ferner hat Rogers in 5, Braxton Hicks in 6 keine Mutter, Sp. Wells in 12 Fällen nur 3 Mütter verloren.

In Hinblick auf diese Statistik, die zwar in der neueren Zeit immer bessere Resultate in Aussicht stellt, wird es doch für den Arzt eine wichtige Frage sein, wie er sich bei den Tumoren, die während einer Geburt ein räumliches Missverhältniss abgeben können, in der Schwangerschaft zu verhalten hat. Nur feste in dem kleinen Becken irreponibel sitzende Tumoren, sowie vielleicht Dermoidcysten werden als Indication für die künstliche Frühgeburt gelten können, die letzteren auch nur dann, wenn man die fast stets nach der Punction oder Incision eintretende Vereiterung vermeiden will. In manchen Fällen ist die Entfernung des Tumors durch Laparotomie in der Schwangerschaft ein richtiges Verfahren, besonders weil die Föten höchstens in 20% der operirten Fälle absterben, während der Tumor sehr oft die Schwangerschaft und besonders die Geburt verschiedenen schweren Folgen aussetzt. In den von Olshausen gesammelten 82 Fällen von Ovariotomie in der Schwangerschaft waren nur 8 der Operation erlegen.

Eine weitere Gruppe von Tumoren, die ein Geburtshinderniss abgeben, umfasst die Geschwülste der Scheide, ferner solche, die nicht direct mit den Geschlechtsorganen zusammenhängen, sondern in den Parametrien, endlich dem knöchernen Becken und den dasselbe auskleidenden Weichtheilen ihren Sitz haben.

Was die Scheidengeschwülste anbetrifft, so sind wiederum die Cysten ihrer Wandungen von besonderer Wichtigkeit. Solcher Fälle hat Graefe 10 aus der Schröder'schen Klinik gesammelt, Lebediew beschrieb 2, James S. Bailey und J. Veit je einen. In dem Veit'schen Falle erreichte die Cyste fast die Grösse eines Kindskopfes.

Fibrome, Myome und andere Geschwülste werden sehr selten in den Scheidenwandungen getroffen, folglich können sie da auch nur überaus selten ein Geburtshinderniss verursachen, obgleich auch dies vorkommt (Letenneur, Porro). In dem perimetritischen Binde-

gewebe, sowie im Septum recto-vaginale treffen wir ausser den Kystomen und Fibro-Myomen, die sich da primär entwickeln, noch häufig Echinococcuscysten.

Die Diagnose ist ohne vorherige Punction meist schwer, besonders weil sie oft ebenso wie die Ovarialkystome durch Einklemmung im kleinen Becken eine solide Beschaffenheit zu haben scheinen. Wir finden aber nur wenige Fälle von Echinococcusblasen, die mit einer Geburt complicirt gewesen wären; so sammelte Haussmann (Archiv für Gynäkologie Bd. XII) mit Hinzuziehung der Zusammenstellung von Wiener nur 10 Fälle, von denen 9 mal die Echinococcusblasen zwischen Uterus und Harnblase und nur einmal an anderem Ort sassen.

Im knöchernen Becken, sowie an dessen Weichtheilen beobachtete man Fibrome (Retzius, Putegnat, Dohrn, Gust. Braun 2 mal), Osteome (Marinus), Osteosarkome (Swaagmann) und besonders häufig Carcinome (Elkington, E. Martin, Val. Mayer). Die Sarkome, sowie Carcinome schieben Rectum und hintere Scheidenwand nach vorn und gewähren oft ein Gefühl der Fluctuation. Es ist also der Befund überaus ähnlich wie bei retrorectalen Cysten, so dass die differenzielle Diagnose erst durch die vom Rectum aus vorgenommene Probepunction gesichert wird. Die Therapie würde sich bei denselben ganz ähnlich wie bei retrorectalen Cysten darstellen, nur mit dem Unterschied, dass hier die Punction fast keine Aussicht auf Entfernung des Geburtshindernisses verspricht. So hat Val. Mayer nach einer Punction, die jedoch die Verkleinerung der Geschwulst nicht hat bewirken können, den Kaiserschnitt mit glücklichem Erfolge ausgeführt. Auch in dem Berry'schen Falle lieferte die Punction keine Resultate; Berry wollte nun auch den Kaiserschnitt folgen lassen, liess sich aber von seinen Collegen zur Perforation überreden, die dann auch den Tod der Mutter zur Folge hatte. Die Fluctuation des Osteosarkoms verleitete Swaagmann zur Wendung und Extraction, die ebenfalls den Tod der Mutter und des Kindes veranlassten. Dass bei dieser ganzen Gruppe von Geschwülsten die Therapie sich nach

denselben Gesichtspunkten zu richten haben wird, wie es bei den Ovarialtumoren näher erörtert worden ist, braucht hier wohl nur erwähnt zu werden.

Zum Schlusse möchte ich noch einmal auf die retrorectalen Cysten zurückkommen und die Ansichten über ihre Aetiologie zusammenstellen. So hat Klebs eine cystische Sacralgeschwulst beobachtet, deren Ausgangspunct er in den Ueberresten der Chorda dorsalis sucht. Weber hat eine cystische Sacralgeschwulst beobachtet, die mit dem Rückenmark in Communication stand und eine Hydromeningocele darstellte. Eine Meningocele als Geburtshinderniss erkannten auch Kroner und Marchand. Ferner wurde in dem Falle von Moeller eine retrorectale Cyste gefunden, über deren Inhalt und Zusammenhang keine Angabe vorhanden ist. Jackson hielt die retrorectale Cyste, die er beobachtet hat, für das degenerirte Ovarium. Deahna vermuthet wie Löhnlein den Zusammenhang der Dermoidcyste mit der Luschka'schen Steissdrüse, eine Ansicht, die von Klebs stark angefochten wird.

Wenn wir nun die Meningocelen ausnehmen, so würden für die Erklärung des Ursprungs der retrorectalen Cysten 3 Möglichkeiten vorliegen:

1. sie gehen vom Ovarium aus,
2. von der Luschka'schen Steissdrüse,
3. von embryonalen Resten der Chorda dorsalis.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Hrn. Geheimenrath Prof. Gusserow, für die freundliche Ueberweisung des Falles hier meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Waldeyer. Die epithelialen Geschwülste. Arch. f. Geb. u. Gyn. Bd. I.
2. Hugo Coblenz. Zur Genese und Entwickelung der Kystome. Virchow's Archiv. Bd. 84.
3. Friedländer. Dermoidcysten. Virch. Arch. 56.
4. Hugenberger. Petersburg. med. Zeit. 1875.
5. Cohn. Berlin. klin. Wochenschrift 41/1866.
6. Toloczinow. Wiener med. Presse 30/1869.
7. Gusserow. Die Neubildungen des Uterus. Frauenkrankheiten Bd. IV, S. 197 ff.
8. Breslau. Monatsschrift für Geburtshilfe. Bd. XXV Suppl. S. 122.
9. Sänger. Der Kaiserschnitt bei Uterusmyomen. Leipzig 1882.
10. Litzmann. Deutsche Klinik 1852 Nr. 38, 40, 42.
11. Jetter. Dissertation Tübingen 1861. Ueber den Einfluss der Eierstocksgeschwülste auf die Geburt.
12. Fischel. Prager med. Wochenschrift 42/1881. 6. 7/1882.
13. Baader. Schweiz. Corresp. für Aerzte 1875.
14. Puchelt. Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus. Heidelberg 1840.
15. Habit. Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien. Nr. 41.
16. Olshausen. Krankheiten der Ovarien. Stuttgart 1886.
17. Lomer. Arch. f. Gyn. Bd. XIX, S. 301 ff.
18. Moeller. Zur Lehre der Beckengeschwülste. Dissertation. Berlin 1869.
19. Deahna. Arch. f. Gyn. Bd. VII.
20. A. Martin. Berl. klin. Wochenschrift. 1878.
21. Wiart. Gazette médicale de Paris. 1882.
22. Playfair. Obst. Tr. IV, p. 69.
23. Klebs. Virch. Arch. 38.
24. Hausmann. Arch. f. Gyn. Bd. XII.
25. Swaagmann. Schmidt's Jahrbücher. 120, S. 310 ff.
26. Porro. Annales de gynécologie. 1876.
27. Kuhn. Wiener med. Jahrbücher. 1870.